

ESISTE REGISTRAZIONE - ESISTE BOLLO - ESISTE DATA



27570/21

REPUBBLICA ITALIANA

Oggetto

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

[Empty box]

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

R.G.N. 24380/2019

SEZIONE LAVORO

Cron. 27570

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Rep.

- Dott. LUCIA TRIA - Presidente - Ud. 10/03/2021
- Dott. AMELIA TORRICE - Consigliere - PU
- Dott. ANNALISA DI PAOLANTONIO - Consigliere -
- Dott. CATERINA MAROTTA - Consigliere -
- Dott. ROBERTO BELLE' - Rel. Consigliere -

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

sul ricorso 24380-2019 proposto da:

(omissis)

(omissis) in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata in (omissis)

, presso lo studio dell'avvocato

(omissis), rappresentata e difesa dagli

avvocati (omissis);

2021

- **ricorrente** -

1071

**contro**

(omissis) elettivamente domiciliato in (omissis)

(omissis) presso lo studio

dell'avvocato M (omissis) che lo rappresenta e  
difende unitamente all'avvocato (omissis) ;

- **controricorrente** -

avverso la sentenza n. 324/2019 della CORTE D'APPELLO  
di L'AQUILA, depositata il 16/05/2019 R.G.N.  
616/2018;

udita la relazione della causa svolta nella pubblica  
udienza del 10/03/2021 dal Consigliere Dott. ROBERTO  
BELLE' ;

udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore  
Generale Dott. STEFANO VISONA' che ha concluso per  
accoglimento del ricorso;

uditi gli Avvocati (omissis)

;

udito l'Avvocato (omissis) .



## FATTI DI CAUSA

1. La Corte d'appello di L'Aquila rigettava l'impugnazione dell'/(omissis)  
nei confronti di (omissis)

medico di medicina generale (medico di base) operante in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, proposta avverso la sentenza del Tribunale di L'Aquila che aveva respinto l'opposizione dell'Azienda Sanitaria al decreto ingiuntivo con il quale la stessa ASL era stata condannata al pagamento della misura intera dei corrispettivi previsti dall'Accordo integrativo regionale per la medicina generale approvato con delibera di Giunta Regionale del 9 agosto 2006 n. 916 (in prosieguo: A.I.R.) in relazione alle voci 'assistenza in zone disagiate' e compensi denominati 'NCP in gruppo e governo clinico', il cui importo unitario mensile per assistito, era stato ridotto unilateralmente dall'ASL a fronte di prestazioni rimaste invariate.

2. La Corte territoriale sosteneva che l'operato dell'Azienda non potesse essere ritenuto legittimo solo perché finalizzato a salvaguardare l'equilibrio tra i livelli assistenziali e la disponibilità finanziaria, atteso che nessuna ragione pubblica, seppur legittima e condivisibile, di contenimento della spesa autorizzava a modificare unilateralmente i termini economici di un rapporto di lavoro quale risultato di una contrattazione collettiva.

3. Precisava, al riguardo, che la deliberazione della G.R. Abruzzo n. 592/2008, nel fissare alle Asl i tetti di spesa, aveva dettato le linee guida alle quali le aziende avrebbero dovuto attenersi, specificando che la riduzione doveva essere attuata attraverso la riapertura dei tavoli di concertazione e ciò in attuazione di un principio generale quale è quello della vincolatività dei contratti collettivi.

4. Rilevava che il decreto del Commissario *ad acta* del 19 luglio 2011 n. 27 aveva previsto che le Aziende USL non avrebbero potuto modificare gli AIR senza l'assenso dei Comitati Consultivi Regionali e che, in deroga a tale prescrizione, esse avrebbero potuto mantenere in essere i provvedimenti già adottati per il contenimento della spesa della medicina convenzionata fino alla definizione di nuovi accordi regionali e che, comunque, in caso di criticità, sarebbero stati attivati i tavoli di concertazione regionale, anche al

fine di non creare disparità di trattamento tra le Aziende USL e tra i medici per le medesime prestazioni ed indennità.

5. Evidenziava che, nella specie, pur se era vero che erano stati avviati incontri tra la parte pubblica e le organizzazioni sindacali, tuttavia nessun accordo per la riduzione dei compensi era stato sottoscritto ed approvato.

6. Assumeva che non potesse pervenirsi a diverse conclusioni argomentando sul carattere facoltativo e di minor impatto sull'utenza delle prestazioni cui erano riferite le indennità oggetto di contenzioso atteso che, pur ammettendo che tali prestazioni non rientrassero nei L.E.A., non si vedeva per quale ragione, avendo l'ASL continuato ad offrire i relativi servizi, il relativo costo dovesse gravare sui medici, contrattualmente obbligati a renderli e non sugli utenti che richiedevano prestazioni al di fuori dall'ambito dei predetti L.E.A.

7. Riteneva, in conseguenza, che non potesse l'ASL, in assenza della prevista contrattazione, pretendere di ridurre i compensi mantenendo inalterate le prestazioni richieste ai medici.

8. Per la cassazione della sentenza ha proposto ricorso l'Azienda  
(omissis) sulla base di sei motivi, ai quali il medico ha replicato con tempestivo controricorso.

9. L'ASL ha depositato memoria.

### **RAGIONI DELLA DECISIONE**

1. Con il primo motivo, formulato ai sensi dell'art. 360 n. 3 cod. proc. civ., la ricorrente deduce erroneità della sentenza per violazione e/o falsa applicazione dell'art. 1, commi 173, 176, 178 e 180, della legge n. 311/2004, dell'art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dell'art. 1, commi 278 e 281, della legge n. 266/2005, dell'art. 1, comma 796, lett. b) della legge n. 296/2006, dell'art. 12 delle Disposizioni sulla legge in generale.

Sostiene, in sintesi, che le delibere del D.G. dell'ASL e quelle del Commissario *ad acta* hanno natura autoritativa ed inderogabile e sono state adottate sulla base delle disposizioni richiamate in rubrica che hanno imposto alle Regioni di perseguire l'obiettivo del contenimento della complessiva spesa sanitaria e dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. I suddetti atti, della cui legittimità si discute, sono

stati adottati nel pieno rispetto della legislazione statale perché le finalità perseguite dal legislatore sarebbero compromesse in radice qualora venissero riconosciuti ai medici convenzionati gli importi dagli stessi pretesi.

Assume che la riduzione dei costi della medicina convenzionata di base tramite l'assegnazione alle ASL dei limiti di spesa da applicare ai medici convenzionati, nel rispetto dei L.E.A., costituisce diretta e legittima attuazione degli obblighi conseguenti alla conclusione dell'accordo concluso con lo Stato e dei connessi obblighi di legge.

Deduce che la Regione Abruzzo, in quanto soggetta al Piano di Rientro, non poteva erogare servizi sanitari ulteriori a quelli previsti nei L.E.A., secondo i principi enunciati dalla Corte Costituzionale (dec. n. 117/2018) e rileva che nella fattispecie di causa erano in questione incentivi facoltativi e volontari, che esulavano dai L.E.A. e che, come tali, non avrebbero potuto essere erogati nella loro interezza e rileva ~~che~~ nella fattispecie di causa erano in questione incentivi facoltativi e volontari, che esulavano dai L.E.A. e che, come tali, non avrebbero potuto essere erogati nella loro interezza.

2. Con il secondo motivo la ricorrente denuncia, sempre ai sensi dell'art. 360 n. 3 cod. proc. civ., la violazione e/o falsa applicazione dell'art. 1, commi 173, 176, 178 e 180, della legge n. 311/2004, dell'art. 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dell'art. 1, commi 278 e 281, della legge n. 266/2005, dell'art. 1, comma 796, lett. b) della legge n. 296/2006, dell'art. 12 delle Disposizioni sulla legge in generale anche con riferimento alla Deliberazione del Commissario *ad acta* n. 27 del 2011.

Sostiene, con doglianze che dichiaratamente costituiscono il precipitato logico di quelle di cui al motivo precedente, che avrebbe errato la Corte territoriale nel ritenere rilevante, ai fini della decisione, la circostanza che non fosse stato sottoscritto un nuovo A.I.R..

Censura la sentenza nella parte in cui la Corte territoriale ha tratto conferma della necessità di una modifica consensuale dell'AIR dai contenuti della delibera di Giunta Regionale nr. 592/2008 e della successiva delibera Commissariale nr. 27/2011, nella parte in cui esse facevano riferimento alla concertazione sindacale.

Assume che la delibera di Giunta si riferiva alla sola riapertura dei tavoli di concertazione - nella specie avvenuta - e non anche alla modifica

dell'A.I.R.; la delibera Commissariale, poi, faceva espressamente salvi i contenimenti di spesa effettuati fino a quel momento dalle ASL e, dunque, anche di quelli adottati con la delibera nr. 563/2009 (poi modificata, in recepimento della delibera del Commissario ad Acta n. 24/2012, con la delibera 150/2013).

Rileva la contraddittorietà tra il riconoscimento del carattere vincolante del tetto di spesa fissato dal Commissario *ad acta* e dalla Regione e la conclusione secondo cui per la sua attuazione sarebbe stato necessario il consenso dei sindacati. Si trattava di un adempimento al quale non poteva essere subordinata l'attuazione del piano di rientro, comunque impossibile da realizzare nei tempi necessitati dalla crisi finanziaria e che non era 'appannaggio' della ASL ma della Regione.

3. Con il terzo motivo l'Azienda denuncia, ai sensi dell'art. 360 n. 3 cod. proc. civ., la erroneità della sentenza per violazione e/o falsa applicazione delle disposizioni contenute nell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 1 della l. n. 421/1992 e dell'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992 come modificato dal d.lgs. n. 517/1993 ed in particolare dell'art. 45, nonché dell'art. 5 dell'Accordo Integrativo Regionale Abruzzo in relazione agli artt. 1362 cod. civ. e 12 delle Disposizioni sulla legge in generale.

Contesta la qualificazione del compenso previsto dall'articolo 5 A.I.R. e dell'art. 54 A.C.N., per i "Nuclei di cure primarie" (ed, in generale, per le altre voci contrattuali oggetto di riduzione) operata nella sentenza impugnata.

Deduce che si tratta di compensi di natura incentivante, corrisposti a fronte di una forma volontaria e facoltativa di esercizio dell'attività medica - (aggregazione di medici, su base volontaria, per assicurare la copertura della assistenza nell'arco delle 24 ore) - e non già di indennità corrisposte in corrispettivo di una attività usurante. Pertanto, a fronte della necessità di contenere i costi per la medicina convenzionata ed, in particolare, sulle voci previste dall'A.I.R., non appariva erroneo contenere di pochi centesimi un incentivo che aveva già prodotto i suoi effetti e che non incideva in alcun modo sui costi.

4. Con il quarto motivo di ricorso l'Azienda denuncia, ai sensi dell'art. 350, n. 4, cod. proc. civ., la violazione dell'art. 112 cod. proc. civ. determinante la nullità della sentenza in rapporto alla omessa pronuncia su un motivo di appello e cioè su quello concernente l'applicazione degli artt. 40 e 40 *bis* del d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i..

Assume che la sostenibilità finanziaria è posta a presidio degli equilibri di bilancio pubblico ed infatti sono previste sanzioni di nullità per la sua violazione.

Rileva che tale questione era stata specificamente posta in sede di appello ma la stessa era stata immotivatamente disattesa dalla Corte territoriale.

Sostiene che il fatto sopravvenuto costituito dalle leggi statali di cui al primo ed al secondo motivo di ricorso aveva comportato la non compatibilità degli accordi collettivi integrativi già stipulati con conseguente nullità delle relative previsioni economiche nella parte in cui determinavano il superamento del tetto fissato.

5. Con il quinto motivo la ricorrente denuncia, ai sensi dell'art. 360, n. 5, cod. proc. civ., omesso esame circa un fatto decisivo per il giudizio ed oggetto di discussione tra le parti.

Rileva che, nella specie, non è stato considerato l'avvenuto svolgimento della concertazione, che non aveva condotto ad un accordo a causa del comportamento dei medici. Il fatto era stato documentalmente provato con la produzione dei verbali del Comitato Regionale e risultava dalla premessa delle delibere commissariali. Via via che il confronto sindacale procedeva e si raggiungevano risultati condivisi - che poi il Commissario aveva mutuato - si proponevano delle bozze di accordo per la formalizzazione di quei risultati, che invece venivano ignorate o superate dai tempi di risposta.

Eguale, a livello aziendale, nella seduta del 22 giugno 2009 del comitato permanente aziendale di medicina generale della ASL, alla presenza degli stessi sindacalisti che partecipavano al tavolo regionale, era stata decisa la riduzione del 20% di tutti gli istituti previsti nell'AIR per la medicina generale vigente.

6. Con il sesto motivo l'ASL denuncia, ai sensi dell'art. 360, n. 3, cod. proc. civ., la violazione e falsa applicazione dell'art 5 della legge n. 2248 del 1865, allegato E.

Sostiene che non poteva la Corte territoriale disapplicare gli atti amministrativi con i quali la Pubblica Amministrazione (e così l'ASL e il nominato Commissario *ad acta* della Regione Abruzzo), intervenendo sulla base di quanto disposto dalla Regione Abruzzo con DGR n. 592/2008, aveva, in concreto, realizzato i risparmi di spesa e così in particolare: a) riconfermato i tagli di spesa per l'anno 2009 e individuato i criteri di ripartizione delle risorse sia in relazione ai fondi di riparto sia in relazione alle spese per assistenza (delibera n. 7 del 2009 del Commissario *ad acta*; b) stabilito per l'anno 2009 il tetto di spesa complessivo per le attività convenzionate della medicina di base di ogni singola ASL nonché quello specifico per l'attuazione dell'A.I.R. di ogni categoria medica interessata (delibera n. 22 del 2009 del Commissario *ad acta*); stabilito la riduzione dei compensi A.I.R. in attuazione e recepimento dei provvedimenti di contenimento della spesa (delibera n. 539 del 2009 dell'ASL); c) stabilito per l'anno 2010 i tetti di spesa per la medicina convenzionata ripartendo le risorse disponibili tra fondi a riparto e spese per prestazioni (delibera n. 47 del 2010 del Commissario *ad acta*); d) stabilizzato il regime introdotto fissando l'entità della spesa in relazione a determinate prestazioni previste per la medicina generale (delibera n. 27 del 2011 del Commissario *ad acta*); e) dato attuazione a tale regime (delibera n. 150 del 2013 dell'ASL).

Richiama giurisprudenza di questa Corte (Cass. n. 2244/2015) per sostenere che il potere di disapplicazione può essere esercitato unicamente nei giudizi tra privati e nei soli casi in cui l'atto non costituisca il fondamento del diritto dedotto in giudizio bensì rappresenti un mero antecedente logico, sì da integrare un pregiudiziale in senso tecnico. Sostiene che nella fattispecie, poiché veniva direttamente in rilievo la legittimità degli atti amministrativi, la domanda doveva essere rigettata perché gli atti stessi non erano stati tempestivamente impugnati e dei medesimi non poteva essere richiesta la disapplicazione.

7. L'esame delle censure, da trattare unitariamente in ragione della loro connessione logica e giuridica, deve essere preceduto dalla sintetica

ricostruzione del quadro normativo di specifico rilievo, che ricomprende sia la disciplina del rapporto convenzionale instaurato con il Servizio Sanitario Nazionale, sia gli interventi legislativi con i quali, nel settore della tutela della salute e della gestione del connesso servizio, il legislatore statale ha imposto vincoli alla spesa regionale al fine di contenere i disavanzi del settore sanitario e di assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica (cfr. Corte Cost. n. 91/2012).

7.1. Sin dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, risalente alla legge n. 833/1978, la disciplina del rapporto convenzionale con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è stata configurata in termini di necessaria uniformità sull'intero territorio nazionale. L'art. 48 ha a tal fine previsto che le convenzioni debbano essere conformi agli accordi collettivi nazionali resi esecutivi con decreto del Presidente della Repubblica ed ha assicurato la necessaria conformazione agli stessi attraverso la previsione della nullità delle pattuizioni, individuali ed anche collettive, sottoscritte in contrasto con i richiamati accordi (commi 7 e 8).

7.2. Il d.lgs. n. 502/1992 di riordino della disciplina in materia sanitaria ha ribadito, all'art. 8, il ruolo centrale dell'accordo collettivo, assegnando allo stesso il compito di definire, fra l'altro, *«la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione, e una quota variabile in funzione delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale»* (lett. f della formulazione originaria).

La disposizione in commento è stata più volte modificata ed integrata dal legislatore e, a partire dal d.lgs. n. 299/1999, la distinzione, contenuta nella lett. f), fra quota fissa e quota variabile è stata sostituita da quella inserita nella lett. d) che, oltre a distinguere il compenso fisso da quello variabile, opera un'ulteriore suddivisione fra la quota variabile connessa al raggiungimento di obiettivi e quella, parimenti variabile, legata da nesso di corrispettività a prestazioni, previste dagli accordi nazionali e regionali, funzionali allo sviluppo di specifici programmi adottati dalle aziende sanitarie locali (la riformulata lett. d) recita: *ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun*

*soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f)...*).

In tutte le versioni succedutesi nel tempo, peraltro, è rimasto pressoché immutato l'*incipit* della disposizione che, quanto al contenuto delle convenzioni, rinvia agli accordi collettivi nazionali da stipulare ai sensi dell'art. 4 della legge n. 412/1991.

7.3. Detta norma, nella sua formulazione originaria, al comma 9 disciplinava la composizione della delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti sia i dipendenti del comparto sanità sia il personale sanitario con rapporto convenzionale, e, quindi, equiparava già, quanto alle forme di contrattazione, quest'ultimo rapporto a quello di impiego pubblico.

Con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 165/2001 la procedura è stata superata, per il personale del comparto sanità, da quella disciplinata dagli artt. 40 e seguenti dello stesso decreto, mentre per i rapporti convenzionali, sottratti all'abrogazione dell'art. 4, comma 9, della legge n. 412/1991 disposta dall'art. 72 del d.lgs. n. 165/2001, il legislatore è intervenuto a modificare il testo originario e, con l'art. 52, comma 27, della legge n. 289/2002 ha istituito la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato, alla quale ha affidato il compito di rappresentare la parte pubblica in occasione dei rinnovi degli accordi collettivi.

Quanto alla procedura di contrattazione lo stesso art. 52, pur affidandone la definizione all'accordo da adottare in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ha richiamato gli artt. da 40 a 49 del d.lgs. n. 165/2001 (ad eccezione degli artt. 43 e 45) riconoscendo, quindi, alla contrattazione collettiva il medesimo ruolo centrale che la stessa riveste nell'ambito dell'impiego pubblico contrattualizzato.

Questo ruolo centrale degli accordi collettivi è stato, poi, ribadito dall'art. 2 *nonies* del d.l. n. 81/2004, convertito dalla legge n. 138/2004, secondo cui «*il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previsto dall'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni. Tale accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*».

8. Attraverso il rinvio alla disciplina dettata dal d.lgs. n. 165/2001 il legislatore ha esteso al rapporto convenzionale il medesimo «equilibrato dosaggio di fonti regolatrici» (Corte Cost. nn. 313/1996 e 309/1997) che caratterizza l'impiego pubblico contrattualizzato, ed ha affidato la realizzazione dell'obiettivo della disciplina uniforme dei rapporti convenzionali alla «forte integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale, con una rigorosa delimitazione degli ambiti della contrattazione decentrata e con un limitato rinvio alla legislazione regionale per aspetti e materie ben definite» (Corte Cost. n. 157/2019 e Corte Cost. n. 186/2016).

Da ciò il giudice delle leggi ha tratto la conseguenza che, quanto ai limiti della potestà legislativa regionale, valgono i medesimi principi affermati per l'impiego pubblico e, pertanto, non è consentito alla legge regionale intervenire sulla fase esecutiva del rapporto in convenzione, ridisegnando i diritti ed i doveri delle parti relativamente alla percezione di compensi, perché all'adempimento delle obbligazioni, che rientra nell'ambito dell'ordinamento civile riservato al legislatore statale, si applicano gli istituti uniformi del diritto privato (cfr. le pronunce sopra richiamate).

9. A conclusioni non dissimili, circa la natura del rapporto convenzionale e degli atti che attengono alla gestione dello stesso, è pervenuta anche questa Corte la quale, con giurisprudenza costante, ha sottolineato che i rapporti tra i medici convenzionati e le aziende sanitarie locali, pur se costituiti allo scopo di soddisfare le finalità istituzionali del servizio sanitario

nazionale in funzione della tutela della salute pubblica, hanno la natura di rapporti libero professionali parasubordinati, che si differenziano da quelli di pubblico impiego per il difetto del vincolo della subordinazione. L'ente pubblico opera, pertanto, nell'ambito esclusivo del diritto privato ed assume nei confronti del professionista gli obblighi che derivano dalla disciplina collettiva, alla quale la legge assegna un ruolo centrale, affidandole la funzione specifica di garantire, su base pattizia, "l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale ... sull'intero territorio nazionale".

Si è, di conseguenza, sottolineato che l'ente pubblico non esercita nei confronti del medico convenzionato alcun potere autoritativo, all'infuori di quello di sorveglianza, né può incidere unilateralmente, limitandole o degradandole ad interessi legittimi, sulle posizioni di diritto soggettivo nascenti, per il professionista, dal "rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato", sicché le iniziative delle parti ed i rispettivi comportamenti vanno valutati secondo i principi propri che regolano l'esercizio dell'autonomia privata (Cass. S.U. n. 8632/1996; Cass. S.U. n. 813/1999; Cass. S.U. n. 20344/2005; Cass. S.U. n. 6574/2006; Cass. n. 13235/2009).

Muovendo da dette premesse le Sezioni Unite hanno, poi, affermato che il potere del giudice ordinario, al quale è riservata la cognizione delle controversie riguardanti le obbligazioni che dal rapporto scaturiscono, si modella anch'esso su quello disciplinato per l'impiego pubblico contrattualizzato dall'art. 63 del d.lgs. n. 165/2001 e, pertanto, qualora la domanda del professionista denunci, quale mezzo al fine della tutela dei diritti scaturenti dal detto rapporto, l'illegittimità di atti regolamentari o provvedimenti emessi dalla pubblica amministrazione, degli stessi è consentita la disapplicazione (cfr. le pronunce sopra richiamate).

10. Premesso, quindi, che la disciplina generale del rapporto convenzionale assegna un ruolo centrale alla contrattazione collettiva, non dissimile da quello a quest'ultima riconosciuto in relazione all'impiego pubblico contrattualizzato, occorre valutare l'incidenza, rispetto al delineato riparto delle fonti regolatrici, della normativa speciale dettata dal legislatore

per il rientro da eccessivi disavanzi del sistema sanitario (a partire dal d.l. n. 347/2001 e dalla legge finanziaria n. 448/2001).

Con l'art. 1 della legge n. 311/2004 è stata disciplinata la procedura per il ripianamento dei disavanzi di gestione ed il legislatore, al comma 174, ha previsto l'obbligo per le Regioni di adottare i provvedimenti necessari ai fini del rispetto dell'equilibrio economico finanziario.

Il piano di rientro, il cui contenuto è indicato dal successivo comma 180, è l'atto con il quale la Regione, previa ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione del disavanzo di gestione, elabora il programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, prodromico all'accordo, da stipulare con il Ministero competente, «che individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173».

La disposizione in commento, più volte modificata dal legislatore, nel testo risultante all'esito delle modifiche apportate dall'art. 1 comma 277, della legge n. 266/2005, dall'art. 1, comma 796, della legge n. 296/2006 e dall'art. 2, comma 76, della legge n. 191/2009, prevede che in caso di mancata adozione delle misure «si applicano comunque il blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica, il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica e nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive». Aggiunge che sono nulli gli atti emanati e i contratti stipulati «in violazione del blocco automatico del *turn over* e del divieto di effettuare spese non obbligatorie».

10.1. Non interessa in questa sede esaminare in dettaglio le misure alle quali la legislazione nazionale affida la realizzazione dell'obiettivo del rientro dal disavanzo. Ciò che rileva, ai fini della questione qui controversa, è sottolineare che né la legge n. 311/2004, né i successivi interventi normativi, applicabili alla fattispecie *ratione temporis*, hanno attribuito alle Regioni ed alle Aziende Sanitarie Locali il potere di sottrarsi unilateralmente

al rispetto delle obbligazioni contrattuali assunte quanto al trattamento economico spettante al personale del comparto sanità ed a quello in regime convenzionale sulla base delle previsioni contenute nei contratti e negli accordi collettivi nazionali ed integrativi.

Un siffatto potere non è desumibile dall'art. 1, comma 796, della legge n. 296/2006 (nella parte in cui prescrive che *«gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico... sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria»*) perché la modificazione degli atti in precedenza adottati è significativamente riferita a quelli normativi ed amministrativi inerenti la programmazione sanitaria, fra i quali non possono essere ricompresi gli accordi stipulati all'esito delle procedure di contrattazione regionale.

Analoghe considerazioni vanno espresse quanto all'ambito di applicazione dell'art. 2, comma 95, della legge n. 191/2009 che, parimenti, obbliga la Regione *«a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro»* e non si riferisce, quindi, agli atti negoziali che qui rilevano.

10.2. Al contrario sia la legge n. 311/2004 che la legge n. 191/2009 contengono significative disposizioni dalle quali si evince che il legislatore non ha inteso sminuire il ruolo che la disciplina generale assegna alla contrattazione collettiva, nazionale e decentrata, anche nel contesto particolare delle Regioni interessate dalla situazione di disavanzo.

Invero l'art. 1 della legge n. 311/2004 ribadisce, al comma 178, che *«il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale»* e la legge n. 191/2009,

all'art. 2, commi 71 e 72, impone adempimenti finalizzati alla riduzione della spesa complessiva del personale, anche a convenzione, ma richiama pur sempre la contrattazione e persegue l'obiettivo del contenimento attraverso «*il ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa*».

Resta, quindi, escluso il potere unilaterale di rideterminazione del trattamento retributivo, potere che questa Corte, con orientamento consolidato (cfr. fra le più recenti Cass. n. 31387/2019 e la giurisprudenza ivi richiamata), ha ritenuto non sussistere per l'impiego pubblico contrattualizzato sulla base di argomenti che, per quanto illustrato nei punti che precedono, devono valere anche in relazione ai rapporti convenzionali.

Al riguardo è solo il caso di precisare che, sebbene quell'orientamento si sia formato in relazione a fattispecie nelle quali erano stati attribuiti trattamenti di miglior favore rispetto alla previsione della contrattazione collettiva, lo stesso fa leva sul sistema delle fonti regolatrici del rapporto delineato dal legislatore e sul ruolo centrale svolto dalla contrattazione, che nell'impiego pubblico, ma anche nel rapporto convenzionale, è lo strumento attraverso il quale si realizza il principio della parità di trattamento (non dissimile dall'uniformità sull'intero territorio nazionale di cui all'art. 48 della legge n. 833/1978), e si valorizzano, attraverso gli spazi di intervento concessi alla contrattazione integrativa, le specificità dei singoli enti. Si tratta, quindi, di principi che a maggior ragione impediscono la determinazione unilaterale *in peius*, che contrasta, oltre che con la necessaria conformazione del contratto individuale a quello collettivo, con la disciplina generale dettata in tema di adempimento delle obbligazioni negoziali.

11. Né si può sostenere che il potere unilaterale dell'ente pubblico di sottrarsi all'adempimento delle obbligazioni che trovano titolo nella contrattazione nazionale o integrativa sarebbe legittimato dalla disciplina dettata dall'art. 40 del d.lgs. n. 165/2001, al quale, si è detto, rinvia l'art. 4 della legge n. 412/1991, come modificato dall'art. 52 della legge n. 289/2002.

11.1. Va, al riguardo, innanzitutto ritenuta l'inammissibilità del motivo con il quale l'Azienda ricorrente denuncia la violazione dell'art. 112 cod.

proc. civ. e la nullità della sentenza per omessa pronuncia su motivo di appello concernente, appunto, il suddetto art. 40 del d.lgs. n. 165/2001 dovendosi ricordare che non ricorre tale vizio qualora la questione non espressamente esaminata, risulti incompatibile con la statuizione di accoglimento della pretesa dell'attore, deponendo per l'implicita pronuncia di rigetto dell'eccezione medesima, sicché il relativo mancato esame può farsi valere non già quale omessa pronuncia, e, dunque, violazione di una norma sul procedimento (art. 112 cod. proc. civ.), bensì come violazione di legge e difetto di motivazione, in modo da portare il controllo di legittimità sulla conformità a legge della decisione implicita e sulla decisività del punto non preso in considerazione (v. tra le più recenti Cass. n. 24953/2020).

11.2. Ad ogni buon conto, si osserva che il richiamato art. 40 è stato più volte modificato ed integrato dal legislatore, ma in tutte le versioni succedutesi nel tempo è rimasto immutato il comma 4 secondo cui «*le pubbliche amministrazioni adempiono agli obblighi assunti con i contratti collettivi nazionali o integrativi dalla data della sottoscrizione definitiva e ne assicurano l'osservanza nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti*».

Quanto, poi, alla contrattazione integrativa il legislatore ne ha previsto la doverosa "disapplicazione" nelle sole ipotesi di nullità delle clausole contrattuali, espressamente affermata in relazione ai contratti che, al momento della sottoscrizione, risultino essere in contrasto con i vincoli imposti dal contratto nazionale o comportino oneri non previsti dagli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione (art. 40, comma 3, della versione originaria; art. 40, comma 3 *quinquies* del testo modificato dal d.lgs. n. 150/2009). La nullità prevista dall'art. 40 è quella genetica del contratto, che rende inefficaci le clausole della contrattazione integrativa sin dal momento della loro stipulazione.

11.3. Il potere unilaterale di intervento sulle materie riservate alla contrattazione integrativa è stato eccezionalmente attribuito al datore di lavoro pubblico dal d.lgs. n. 150/2009 ma solo alle condizioni previste dai commi 3 *bis* e 3 *ter* del modificato art. 40, ossia in via provvisoria e alla scadenza del termine fissato per la sessione negoziale in sede decentrata,

dopo che le parti, in caso di mancato accordo, abbiano riassunto «le rispettive prerogative e libertà di iniziativa e decisione».

E' significativo al riguardo evidenziare che il successivo d.lgs. n. 75/2017, nel rimarcare il carattere eccezionale del potere unilaterale di intervento, ha ritenuto necessario richiamare il principio, immanente in tema di obbligazioni contrattuali, del necessario rispetto della correttezza e della buona fede ed ha reso esplicito l'obbligo, già desumibile dall'attribuzione di un potere provvisorio, di proseguire le trattative «al fine di pervenire in tempi celeri alla conclusione dell'accordo».

Il potere unilaterale, lo si ripete eccezionale, è stato pensato dal legislatore, a partire dal d.lgs. n. 150/2009, al dichiarato fine di assicurare la funzionalità dell'azione amministrativa, ma è stato disciplinato in termini che non smentiscono il ruolo centrale attribuito alla contrattazione né consentono di ricondurre il potere stesso all'esercizio di potestà autoritativa.

11.4. Va, poi, aggiunto che il richiamato potere va esercitato nell'ambito della contrattazione di competenza, sicché lo stesso non può certo essere invocato per incidere su istituti contrattuali la cui disciplina sia riservata ad un altro livello di contrattazione.

Il principio rileva nella fattispecie oggetto di causa giacché per i rapporti convenzionali che si instaurano con i medici di medicina generale l'accordo collettivo nazionale del 28 settembre 2005 (non diversamente dall'accordo stipulato in pari data e relativo ai rapporti dei pediatri di libera scelta), all'art. 2, riserva al livello di negoziazione aziendale solo il potere di definire «i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale», mentre attribuisce alla contrattazione regionale il compito di definire «obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati».

I compensi di cui si discute nella fattispecie (tutti riconducibili ai modelli organizzativi denominati Nuclei per le Cure Primarie della Medicina Generale) sono stati previsti dall'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale approvato con delibera di Giunta Regionale del 9 agosto

2006, n. 916 (si veda l'art. 5 per la voce 'assistenza H 24 in gruppo e l'art. 20, punto 5, per la voce 'zone disagiate') e non dalla contrattazione aziendale sicché sull'importo unitario dello stesso non poteva intervenire unilateralmente la singola Azienda Sanitaria per le plurime ragioni che sono state indicate nei punti che precedono.

Al riguardo va rimarcato che l'esigenza di assicurare sul territorio nazionale l'uniformità di trattamento nei rapporti convenzionali, che ispira il sistema delle fonti illustrato nei punti 7 e 8 che precedono, impone anche che l'omogeneità venga assicurata, nel più ristretto ambito territoriale della Regione, in relazione agli istituti la cui disciplina è riservata alla contrattazione di competenza di quest'ultima e non a caso la delibera n. 592/2008, richiamata dalla Corte territoriale e trascritta nel ricorso, faceva riferimento alla necessità «di riaprire i tavoli di concertazione per le necessarie modifiche ed integrazioni da apportare agli Accordi Integrativi Regionali».

11.5. Non è in contestazione fra le parti, e ne dà atto la sentenza impugnata, che non sia mai stata realizzata la condizione posta dalla richiamata deliberazione, sicché non poteva la singola Azienda sottrarsi unilateralmente all'adempimento delle obbligazioni previste dalla contrattazione regionale.

Sul punto, la ricorrente, addebita alla Corte territoriale un vizio di omesso esame (v. quinto motivo di ricorso) assumendo che non avrebbe in alcun modo tenuto conto dello sviluppo che la concertazione ~~aveva~~ nella specie aveva avuto.

La censura è, però, inammissibile per plurime considerazioni.

In realtà, la Corte territoriale ha valutato il fatto storico che si assume omesso avendo preso in considerazione l'evidenziato avvio dei tavoli di concertazione e tuttavia rilevando che nessun accordo per la riduzione dei compensi era stato raggiunto.

Peraltro, la circostanza prospettata dalla ricorrente (e cioè le ragioni per le quali i suddetti incontri non avevano avuto l'esito per i quali erano stati attivati) non è, per quanto detto, decisiva, trattandosi, nella specie, di indennità previste dagli A.I.R., insuscettibili di interventi modificativi da parte di livelli di contrattazione differenti da quelli regionali.

Il potere di disdetta non poteva, in ogni caso, essere esercitato dall'Azienda.

12. Con specifico riguardo al motivo di ricorso (sesto), che denuncia la violazione della legge n. 2248/1865, allegato E, artt. 4 e 5, occorre ribadire che l'atto con il quale la ASL ha unilateralmente ridotto il compenso non è espressione di un potere di supremazia e partecipa della medesima natura privatistica del rapporto che si instaura con il professionista convenzionato, sicché non pertinenti sono i richiami alla giurisprudenza di questa Corte in tema di disapplicazione dei provvedimenti amministrativi che la Regione adotta in relazione alla concessione di servizi pubblici.

Il rapporto di parasubordinazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta è soggetto alla disciplina di cui si è dato conto e non è assimilabile a quello che si instaura con le strutture accreditate, oggetto di disposizioni specifiche, dettate dagli articoli da 8 *quater* a 8 *sexies* del d.lgs. n. 502/1992 che, come sottolineato dall'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato (sentenza n. 3 del 2012), delineano un modello bifasico nel quale la determinazione delle tariffe ha matrice autoritativa e vincolante.

Al contrario nel rapporto convenzionale con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta l'ente agisce su un piano di parità sicché l'atto con il quale lo stesso pretende di rideterminare il compenso, *in peius* rispetto alle previsioni della contrattazione collettiva, non è espressione di potestà pubblica e va equiparato a quello con il quale il debitore, privato, rifiuta di adempiere, *in toto* o parzialmente, l'obbligazione posta a sua carico.

Gli atti unilaterali che, nella specie, sono stati adottati senza il previo raggiungimento di un accordo per la riduzione dei compensi nei termini indicati non rientrano fra quelli contemplati dagli artt. 4 e 5 dell'allegato E della legge n. 2248/1865 perché gli stessi, lo si ripete, non sono espressione di potestà autoritativa, con la conseguenza che non ha rilievo in questa sede la questione inerente la possibilità dell'esercizio del potere di disapplicazione nei giudizi nei quali sia parte la Pubblica Amministrazione.

13. Il ricorso, pertanto, deve essere rigettato perché la sentenza impugnata è conforme ai principi di diritto di seguito enunciati:

«a) Il rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è disciplinato, quanto agli aspetti economici, dagli accordi collettivi nazionali e integrativi ai quali devono conformarsi, a pena di nullità, i contratti individuali.

b) La disciplina dettata dall'art. 48 della legge n. 833/1978 e dall'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992 non è derogata da quella speciale prevista per il rientro da eccessivi disavanzi del sistema sanitario e pertanto le esigenze di riduzione della spesa non legittimano la singola azienda sanitaria a ridurre unilateralmente i compensi previsti dalla contrattazione integrativa regionale.

c) Le esigenze di riduzione della spesa, sopravvenute alla valutazione di compatibilità finanziaria dei costi della contrattazione, devono essere fatte valere nel rispetto delle procedure di negoziazione collettiva e degli ambiti di competenza dei diversi livelli di contrattazione, pertanto l'eventuale atto unilaterale di riduzione del compenso, adottato dalla P.A., non ha natura autoritativa perché il rapporto convenzionale si svolge su un piano di parità ed i comportamenti delle parti vanno valutati secondo i principi propri che regolano l'esercizio dell'autonomia privata».

14. Al rigetto del ricorso consegue la condanna della ricorrente al pagamento delle spese del giudizio di cassazione, liquidate come da dispositivo.

15. Ai sensi dell'art. 13, comma 1 *quater*, del d.P.R. n. 115/2002, come modificato dalla l. n. 228/2012, si deve dare atto, ai fini e per gli effetti precisati da Cass. S.U. n. 4315/2020, della ricorrenza delle condizioni processuali previste dalla legge per il raddoppio del contributo unificato, se dovuto dalla ricorrente.

#### **P.Q.M.**

La Corte rigetta il ricorso e condanna la ricorrente al pagamento delle spese del giudizio di cassazione, liquidate in euro 200,00 per esborsi ed euro 3.500,00 per compensi professionali oltre accessori di legge e rimborso forfetario in misura del 15%.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 *quater* dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a

quello previsto per il ricorso, a norma del cit. art. 13, comma 1 *bis*, se dovuto.

Roma, così deciso nella camera di consiglio del 10 marzo 2021

Il Consigliere estensore  
dott. Roberto Bellè



Il Presidente  
dott. Lucia Tria



Funzionario Giudiziario  
Dott. Giovanni RUELLO

